DEL GRADO DI CERTEZZA DELLA MEDICINA

Conferenza tenuta alla " Société des Amis de l'Université „

da A. CHAUFFARD

Professore nell' Università di Parigi

Il soggetto che mi propongo di trattare dinanzi a voi, rievoca uno dei problemi più inquietanti che possano presentarsi davanti alla coscienza del medico: Siate persuasi che non mi dissimulo alcuna delle sue difficoltà; e temo prima di tutto che il titolo di questa conferenza possa essere fatto segno a parecchie critiche. Il grado di certezza della medicina!... Non bisognerebbe dire piuttosto: il grado di incertezza di questa scienza? Non sarebbe cosa più modesta e più conforme a ciò che ci insegna la storia, già così lunga, di quelle che potrebbero chiamarsi le variazioni mediche?

E, d'altra parte, il parlare di grado di certezza, non implica già una contradizione in termini? La certezza non è essa, per definizione, un che intero e assoluto che non comporta un più o un meno, che non ammette gradazioni?

Vedremo, nel corso della presente conferenza, quale risposta si può dare a tali due obiezioni. Ma mi sia consentito di notare fin d'ora, per giustificare il titolo che ho scelto, che questo titolo non è di mia invenzione. Esso fu inventato da Cabanis, che compose nel 1789 e pubblicò nel 1798 una dissertazione a cui diede per titolo: *Du degré de certitude de la médecine.*

Del resto, non conviene dare troppa importanza alle parole: quella che importa, in fondo, è la cosa. E a me sembra che oggi, con l'ausilio delle conquiste della scienza contemporanea, ci troviamo in grado di affrontare il problema con una maggiore probabilità di chiaroveggenza e di precisione.

La metodologia scientifica.

Infatti nel corso dell'ultimo secolo, e specialmente dell'ultimo quarto di questo secolo, tutte le scienze si sono arricchite di una così grande quantità di fatti nuovi e di scoperte importanti, che si è fatto sentire il bisogno di una revisione generale dei metodi, di una critica dei risultati ottenuti, tanto che è nata quasi una scienza nuova che si chiama la *metodologia*, cioè lo studio dei metodi comparati delle diverse scienze.

Questa preoccupazione circa i metodi è una cosa interamente moderna.

Ogni scienza ha dei processi di ricerca, degli indirizzi mentali, dei modi di ragionare che le sono speciali. Ma tutte le scienze sono legate fra loro da vincoli molto stretti, si verificano reciprocamente sotto certi aspetti, tanto che nel loro insieme esse vengono a formare una specie di vasta unità di cui fin da adesso cominciamo a intravedere le caratteristiche principali. Aggiungo che, per una situazione eccezionale e che le è veramente propria, la medicina è una scienza che prende il suo bene dovunque lo trova, che è tributaria di tutte le altre scienze da cui prende a prestito i metodi e i risultati: e qui sta una delle particolarità che le assegnano, in materia scientifica, un posto del tutto speciale.

Abbiamo molto interesse a spingere innanzi quest'opera generale di revisione e di classificazione delle scienze, cominciata da Augusto Comte. Quest'opera di revisione non potrà, io credo, che renderci più fiduciosi, e più modesti: più fiduciosi, perchè ci farà conoscere tutto quello che abbiamo conquistato — più modesti, perchè ci renderà consapevoli di ciò che ci resta da conquistar .

Di più, non dobbiamo mai perdere di vista la nozione fondamentale della *relatività* delle nozioni scientifiche; qualunque sia il ramo di scienza che coltiviamo, potremo tutti, su tal punto, trarre grande profitto dalle pagine famose che uno dei nostri più grandi matematici ha dedicato a tale soggetto.

La questione della revisione dei metodi, del grado di certezza delle varie scienze, non si presenta per tutte con lo stesso grado d'urgenza. Vi sono delle scienze di ordine puramente intellettuale e speculativo, per le quali questo controllo della certezza non esce dalla sfera contemplativa e puramente razionale. Ne volete un esempio? Pochi mesi fa, un astronomo dell'Osservatorio di Parigi, Nordmann, comunicava all'Accademia delle Scienze un interessante lavoro in cui si dimostra che i metodi finora adoperati per misurare le dimensioni delle stelle contengono delle cause di errore, e che in realtà alcune di queste stelle — per esempio Sirio e Aldebaran — sono infinitamente più voluminose di quanto ci si fosse finora immaginato.

Ebbene: voi ricordate che Renan, nel suo scetticismo sorridente e disilluso, si compia-

Digitized by Google

ceva a contemplare le cose umane vedute, egli diceva, da Sirio; era un modo di guardarle con una perfetta serenità filosofica. Io credo che a nostra volta possiamo fare la stessa cosa per tutto ciò che riguarda Sirio, e che certo nessuno, fra il gran pubblico, si allarmerà perchè gli astronomi si erano finora ingannati circa le dimensioni reali di questa stella.

Ma non sempre le cose procedono in questa maniera, e, quando entra in campo la medicina, le conseguenze sono ben diverse. Qui l'errore non è più innocuo, l'incertezza non è più permessa. I nostri errori si scontano. Nella partita che si giuoca ogni giorno al letto di un malato, vi è una posta terribile: si tratta di una questione di vita o di morte.

E' una ragione di più perchè procediamo anche noi alla revisione dei nostri metodi, facciamo quello che si potrebbe chiamare il nostro esame di coscienza, e ci domandiamo se, dopo il profondo rinnovamento medico che hanno apportato le scoperte di Claudio Bernard e di Pasteur, abbiamo esteso per davvero i nostri mezzi e aumentato le nostre probabilità di certezza.

L'ammalato e il medico.

La questione è stata implicitamente posta dalla prima volta che un ammalato e un medico si sono trovati l'uno di fronte all'altro. Non dico che da una parte all'altra essa sia stata esaminata e risolta sempre nel medesimo senso; vedremo presto quello che i medici hanno potuto pensare e dire della certezza della loro scienza; ma, per il momento, diamo la parola al malato e domandiamoci in quale stato psicologico egli si trovi dirimpetto al medico che lo esamina.

A dir vero, il malato non considera la questione della certezza in medicina sotto il suo aspetto filosofico: egli se la propone — e la cosa è naturalissima — sotto una forma molto più personale e più pratica. Egli si domanda se il medico che lo cura *conosce bene la sua malattia*, e secondo la sua psicologia naturale, la sua educazione mentale, e sopratutto secondo l'andamento della sua malattia e i risultati della cura a cui è stato sottoposto, diventa uno scettico o un credente in materia di medicina, un amico o un detrattore dei medici; e bisogna confessare che i detrattori dei medici, almeno nel mondo letterario, sono stati numerosi.

Le frecciate di Montaigne.

Ascoltiamo uno di essi, uno degli scrittori più attraenti che siano mai esistiti, Montaigne.

Montaigne detestava la medicina a tal punto che quasi quasi se ne scusava e attribuiva la cosa all'eredità.

Ascoltiamolo:

« Che i medici scusino un poco la mia libertà, perchè, con questa stessa infusione e insinuazione funesta (l'eredità)... ho ricevuto l'odio e il disprezzo della loro dottrina, l'antipatia che ho per la loro arte è ereditaria ».

Che cosa dunque Montaigne rimprovera ai medici, o piuttosto — poichè egli ci tiene a mantenere la distinzione — alla medicina? Egli ci presenta le solite obiezioni di tutti gli scettici, obiezioni tanto giustificate a' suoi tempi. Egli rimprovera ai medici, prima di tutto, la loro verbosità, la diversità, la confusione delle loro prescrizioni, le cure ridicole che ordinano ai malati, e rileva un fatto di osservazione, dirò così, clinica, che è vero anche ai nostri giorni:

« Chi vide mai un medico servirsi della ricetta del suo collega senza toglierne o aggiungervi qualche cosa? ».

Dunque, dal punto di vista terapeutico, Montaigne non crede nella medicina; e, in materia di diagnosi, vi crede ancor meno. E' disposto ad aver fede nella chirurgia, ma la medicina, per lui, brancola nel buio.

« Essi (i medici) non vedono. La chirurgia mi sembra molto più sicura: per questo, che essa vede e maneggia quello che fa; vi è meno da congetturare e da indovinare, mentre i medici non posseggono uno *speculum matricis* che scopra loro il nostro cervello, il nostro polmone e il nostro fegato ».

Tale è l'obiezione fondamentale: i medici non si trovano in grado di esaminare i loro malati. E allora che faranno, questi medici incapaci di riconoscere e di curare una malattia?

« Ecco come essi vanno blaterando e arzigogolando a nostre spese in tutti i loro discorsi; e non riuscirebbero a fornirmi una proposizione a cui io non ne contrapponga una contraria di forza eguale. Non si gridi dunque più contro quelli che, in questo imbarazzo, si lasciano tranquillamente guidare dai loro appetiti e dai consigli della natura, e si affidano alla fortuna ».

Così si formula la conclusione interamente negativa a cui conduce lo scetticismo medico di Montaigne. Ma egli aggiunge — poichè in fondo era il meno cattivo degli uomini — di non nutrire alcuna avversione personale per i medici.

« Del resto, io onoro i medici, non già, secondo l'andazzo comune, per la necessità, ma per l'amore di loro stessi, avendone conosciuti molti ch'erano persone dabbene e degni di essere amati. Io ce l'ho non con loro, ma con la loro arte ».

Le frecciate di Montaigne non corressero i medici del suo tempo, nè della generazione seguente. Non ho bisogno di ricordarvi quello che ne ha detto Molière. Nei secoli XVI e XVII

Digitized by Google

a questione della certezza in materia di medicina non avrebbe potuto neppure sorgere.

E quanti illustri detrattori dei medici non si potrebbero ancora citare! Non parlo di Boileau, che, in fondo, fu un denigratore molto temperato della medicina; ma che cosa non ne ha detto Rousseau nell'*Emilio*, quali invettive veementi non ha egli scagliato contro i medici, che considerava come veri malfattori sociali! E' vero che i medici dei nostri giorni si sono ben crudelmente vendicati del povero Gian Giacomo, e che hanno inflitto alla sua memoria tutta una serie di diagnosi retrospettive l'una più pungente dell'altra.

Un aforisma d'Ippocrate.

Esposte le accuse lanciate contro i medici, è giusto porgere ascolto alla loro difesa, e sentire la loro opinione circa la grossa questione della certezza in materia di medicina.

La prima risposta, e forse la più bella, risale alle origini della nostra scienza: la troviamo nel primo degli aforismi ippocratici. Permettetemi di ricordarlo per la sua grande bellezza: *Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experientia fallax, judicium difficile.* La vita è breve e l'arte è lunga, l'occasione non dura che un momento, l'esperienza è ingannatrice, il giudizio difficile.

Belle parole, piene di una significazione profonda, degne veramente dei savi dell'antica Grecia! Dov'è il medico che, ai nostri giorni, non abbia più e più volte sentito risonare in fondo alla sua coscienza l'eco dell'aforisma ippocratico? Senza dubbio, è un giudizio malinconico; non è il grido ardente di un giovane che si slancia alla ricerca e all'assalto della verità, ma piuttosto il linguaggio un po' disilluso di un uomo reso cauto dall'età e dall'esperienza. Però sarebbe un errore vedervi soltanto una confessione di scoraggiamento e d'impotenza. Tutta l'opera di Ippocrate protesterebbe contro siffatta interpretazione. Dobbiamo, al contrario, vedere in quell'aforisma uno dei più bei titoli di nobiltà morale e intellettuale della nostra scienza.

Cabanis.

Non posso seguire attraverso i secoli gli sviluppi di questa questione della certezza in medicina: ciò ci porterebbe troppo lungi. Mi permetterete dunque di arrivare immediatamente a Cabanis e alla sua importantissima memoria. Ci troviamo dunque alla fine del secolo XVIII, all'alba dei tempi nuovi, al momento di quel secondo rinascimento scientifico, che, con Lavoisier e Bichat, raggiunse quasi gli splendori del primo.

Cabanis era proprio un uomo del XVIII secolo, condiscepolo degli Enciclopedisti, amico di Condillac, di Condorcet e di Helvétius, un assiduo di quel *Salon d'Auteuil* che si riuniva intorno alla graziosa Madame Helvétius. Era forse più filosofo che medico, ed è per l'unione di tali qualità che, nel 1789, scrisse la sua memoria su « Il grado di certezza della medicina ». La compose nel 1789, ma vengono gli anni terribili, e la memoria non è pubblicata. Sarà data alle stampe solo dieci anni più tardi, nel 1798, quando si ristabilisce la calma propizia alle pubblicazioni scientifiche.

A quale scopo, con quali intenzioni Cabanis ha composto la sua memoria? Ce lo dice egli stesso, nelle prime righe del suo lavoro:

« Per studiare e praticare come si conviene la medicina, bisogna considerarla come cosa importante; e per considerarla come cosa importante, bisogna crederci ».

Aforisma perfettamente vero, perchè credo che sia ben raro il caso che un medico profondamente scettico in tema di medicina, faccia compiere dei progressi notevoli alla propria arte.

Bisogna dunque *credere* nella medicina, e Cabanis, col suo lavoro, si propone « di far sentire ai medici tutta la dignità del loro ministero e di inspirare loro l'entusiasmo per esso ».

Eccoci messi sull'avvertito. Sappiamo subito che lavoro abbiamo sott'occhio. Si tratta di un'opera apologetica piuttosto che critica. E, del resto, la critica non poteva ancora esserci, perchè, al tempo di Cabanis, la medicina era ancora soltanto la medicina di osservazione tradizionale, quale era sempre stata fin dalle sue prime origini. Solo vent'anni più tardi dovevano apparire, con Laënnec, i primi segni dei metodi moderni.

Quando, oggi, ci mettiamo a leggere questo libro, ci sentiamo un po' delusi, perchè non vi troviamo quello che vi cercavamo. Vorremmo un libro di critica, e troviamo un libro che si propone, come fine precipuo, di stimolare lo zelo e la fede degli adepti della medicina.

Pare che, alla fine del suo libro, Cabanis abbia avuto come un presentimento dei tempi nuovi. Quando egli dichiara che, sotto l'influenza dei tempi nuovi, la scienza prenderà una *faccia nuova*, sembra di sentire un riflesso del *Nescio quid maius nascitur* del poeta antico.

Sì, la scienza era in procinto di prendere una faccia nuova, ma la trasfigurazione non avvenne per l'influenza dello spirito filosofico come lo intendeva Cabanis. Era il genio creatore di Lavoisier, di Bichat, di Laënner quello che doveva svelare i primi lineamenti della « faccia nuova » di cui Claudio Bernard e Pasteur dovevano più tardi darci la visione radiosa.

Però nel lavoro di Cabanis è messo in rilievo

Digitized by Google

un concetto molto giusto e molto « medico »: a necessità di distinguere nettamente le « *certezze fisiche*, che sono soltanto delle approssimazioni più o meno esatte, e le *certezze assolute* o li ragionamento ». E' una distinzione di importanza capitale, sulla quale dovremo ritornare.

Tale era la memoria di Cabanis, che aveva almeno il merito di porre nettamente il problema e di aprire la discussione.

Dubois d'Amiens.

Sessant'anni più tardi, nel 1867, Dubois d'Amiens, segretario perpetuo dell'*Académie de Médecine*, risolleva davanti questo Consesso la medesima questione, e fa una comunicazione intitolata: *Du degré de certitude de la Médecine au XIX^e^ siècle*. Egli analizza la memoria di Cabanis, ne fa la critica, ma senza andare al fondo della questione. Si ha l'impressione che la sua comunicazione sia un lavoro preliminare, e quasi la prefazione di una trattazione più esauriente.

Però, se si confronta la sua comunicazione col lavoro di Cabanis, si trova che l'intonazione è mutata, che i tempi non sono più gli stessi; in sostanza, se Dubois d' Amiens non risolve il problema, per lo meno lo presenta sotto una forma che è già molto moderna.

« Sì — egli dice — il tempo di questa critica è venuto; bisogna che i medici stessi facciano questo inventario, e ci diano il bilancio della scienza e dell'arte ».

Non si potrebbe dire meglio. Bisogna infatti che noi affrontiamo questo compito, che ci proviamo a fare questo bilancio, o almeno a fissarne le linee direttive e le partite più importanti.

L'« atto medico » e i suoi tre momenti.

Cominciamo con lo stabilire che la questione del grado di certezza in medicina non può essere studiata *in blocco*; bisogna dissociarla, perchè lo stesso *atto medico* non è un atto semplice.

Che cosa fa il medico chiamato al capezzale d'un malato? Fa tre cose: lo esamina, formula un giudizio in base ai risultati dell'esame, e prescrive una cura. Dunque, tre tappe, tre tempi, per così dire: la tappa della constatazione, la tappa del giudizio medico, la tappa della prescrizione terapeutica. Queste tre fasi si succedono in ordine di tempo, ma sono in realtà strettamente connesse, solidali tra loro, unite dal vincolo più stretto; si può dire che una genera l'altra.

Ebbene, vedremo adesso come a ciascuna di queste tappe corrispondano, se non delle certezze vere e proprie, almeno dei *mezzi di informazione* e delle *cause di errore*. E il nostro compito di critici consisterà nel cercar di stabilire il valore relativo degli uni e delle altre.

La constatazione.

Le constatazioni... Esse consistono, dato un malato, nella ricerca dei sintomi e dei segni che egli può presentare. A voler essere esatti, non è il primo atto del medico, poichè prima di esaminare l'infermo, prima di procedere alla ricerca dei sintomi e dei segni, il medico lo interroga; e se io non mi indugio su questo interrogatorio iniziale, ciò non significa che esso non abbia una grande importanza: vi sono delle domande che, fatte, illumineranno la diagnosi e la orienteranno verso la verità; vi sono delle questioni che, omesse o poste malamente, ci svieranno nel senso dell'errore.

Dunque siamo presso il malato, e abbiamo rilevato i sintomi e i segni che presenta al nostro esame. Si può dire che in questo momento il cervello del medico sia una specie di ricettore, di apparecchio registratore che raccoglie, che annota, che inscrive tutta una serie di informazioni e di documenti che gli sono forniti dall'esame dell'infermo. Ora, questo apparecchio registratore può essere perfezionato in due modi: con l'educazione medica e col progresso dei metodi.

Corvisart diceva che « il medico migliore è quello che ha saputo dare a' propri sensi il massimo grado di delicatezza ». Ora, Corvisart, che aveva importato in Francia e diffuso moltissimo la pratica della percussione, era un medico straordinariamente sagace, e tutti i suoi contemporanei hanno ammirato con stupore la perfezione talvolta sbalorditiva delle sue diagnosi. Ebbene, Corvisart pensava che questa educazione delicata dei sensi facesse il migliore dei medici.

E' forse un po' troppo; il medico che avesse perfezionato al massimo grado l'educazione dei sensi, non sarebbe necessariamente *il migliore*, ma sarebbe certamente *il meglio armato*, perchè per noi le armi sono rappresentate dai nostri sensi.

E' molto interessante vedere in qual modo i nostri diversi sensi hanno potuto perfezionarsi per la ricerca dei sintomi e dei segni.

La mano e l'orecchio.

Cominciamo dalla mano. Ebbene, la nostra mano in molti casi è restata la stessa di una volta, e io credo che un chirurgo il quale palpeggi un ventre in un caso di diagnosi difficile, non sia sotto questo aspetto meglio armato di quanto lo fosse 50 o 60 anni fa. Anche qui si tratta di una questione di delicatezza e di esperienza. Però, per compenso, questo stesso chirurgo potrà, in altre diagnosi, avvantaggiarsi moltissimo sostituendo altri metodi.

Digitized by Google

Ecco un malato che è stato vittima di un traumatismo grave alla spalla; tutta la regione è deformata, tumefatta da un copioso travaso di sangue. Si tratta di una frattura o di una lussazione? In certi casi è estremamente difficile rispondere a tale domanda; ma là dove la mano del chirurgo rimane perplessa, soccorre la radiografia, che ci fornirà in un momento la diagnosi desiderata.

Dirò lo stesso per i medici, in quanto riguarda una delle nostre esplorazioni digitali. Leggete tutto quello che è stato scritto nei tempi passati sul polso, per esempio nel libro di Bordeu, e notate la molteplicità incredibile dei caratteri differenziali che ci si sforzava di descrivere. Oggi noi mettiamo in opera lo sfigmografo e gli apparecchi che registrano la tensione arteriosa, tanto che, là dove una volta noi non potevamo avere che un'impressione puramente digitale, oggi otteniamo dei dati infinitamente più precisi, che ci forniscono i più preziosi elementi diagnostici.

Con le scoperte di Laënnec, l'orecchio ha fatto un progresso decisivo, a cui, più tardi, non si sono aggiunti che alcuni perfezionamenti di dettaglio.

L'occhio e i suoi ausiliari.

Ma l'occhio! Quanto non ha esso guadagnato! Una volta l'occhio del medico era l'occhio di chi passa per la strada, l'occhio che vede i contorni e la facciata di un edificio, ma non può penetrare nell'interno. Oggi l'occhio del medico entra nella casa e ne esplora tutti i locali. Non vi è cavità del nostro corpo in cui l'occhio del medico non possa avere accesso, non vi è parenchima profondo che esso non riesca a esaminare direttamente. Pensate alle esplorazioni del fondo dell'occhio, della laringe, dei bronchi, dell'esofago, della vescica, degli ureteri... Il nostro occhio arriva a vedere, e a vedere direttamente, tutto questo...

Più ancora. Mercè la scoperta fatta dal Roentgen, noi vediamo oggi, e nell'attività delle loro funzioni vitali, i nostri organi più importanti; assistiamo allo spettacolo del cuore che si contrae; i polmoni, il diaframma, lo stomaco e gli intestini, tutti i nostri organi, noi li vediamo, e li vediamo non già inanimati o morti, ma vivi e funzionanti sotto i nostri occhi.

Ma non è tutto. Grazie alle applicazioni del microscopio alla clinica, la penetrazione dei nostri esami è andata ancora molto più in là. Prendete tutti i nostri umori, il sangue, l'urina, il liquido cefalo-rachideo, e pensate quali indagini possiamo fare su di essi col microscopio, con i mezzi chimici, con le ricerche istologiche, con le analisi! Considerate l'esame degli sputi dal punto di vista batteriologico, le constatazioni dirette degli agenti patogeni mediante i processi di coltura del sangue!... Si può dire che davvero abbiamo trovato là una fonte di informazioni insperate, il cui dominio si amplia ogni giorno.

Più ancora! Alcuni metodi di invenzione recente sono venuti a insegnarci a trovare, nel siero del sangue, delle sostanze specifiche che ci dicono molte cose dal punto di vista della diagnosi, e non ci sono note che per le loro proprietà biologiche. Non possiamo isolarle, non conosciamo nè la loro struttura, nè la loro vera natura, ma sappiamo definirle per mezzo di reazioni biologiche, che ci forniscono delle informazioni decisive in materia di diagnosi...

Si tratti di febbre tifoide, di sifilide, di cisti idatiche, ecco una serie di casi in cui, mediante la ricerca delle agglutinine o degli anticorpi, otteniamo delle certezze di diagnosi tanto assolute, che possiamo affermarle senza neanche vedere il paziente, che ci basta possedere un campione di siero per poter affermare che quel certo infermo è affetto da sifilide, da febbre tifoide, da cisti idatica. Tuttavia — e lo vedremo subito — queste diagnosi di laboratorio, per quanto assolute, non sono che dei principî di diagnosi, e non bastano a soddisfare alle necessità della clinica.

Dunque, come vedete, su questo terreno si sono compiuti dei progressi enormi. Ma ogni progresso costa, e queste stesse constatazioni così penetranti e così delicate, presuppongono una tecnica perfetta. Fatte alla leggera da mani inesperte, esse non sono più fonti di documentazione esatta e precisa, ma cause di errore; il minimo errore di manipolazione può sviarci dalla strada della verità. Perciò questi metodi esigono molta precisione e molta esperienza in coloro che li praticano.

Il " giudizio „ medico.

Ammettiamo dunque che le constatazioni necessarie siano state fatte e fatte bene, senza causa d'errore.

Allora arriviamo alla seconda tappa, quella del giudizio medico. Qui stiamo su un terreno molto meno sicuro, perchè le cause di errore individuali e generali, sono molte. Vediamone alcune sotto i loro aspetti più generali.

Prima di tutto, una delle cause di errore più frequenti deriva dal fatto che molti medici non utilizzano, nel fare la diagnosi, tutte le risorse di cui potrebbero trar profitto. Sono di una tentatura troppo facile, e si appagano di una certezza incompleta. Essi sono indotti in errore dall'insufficienza del loro esame clinico. Altre volte si ingannano perchè, se ai medici residenti a Parigi e nelle grandi città tutto riesce facile, bisogna riconoscere che per molti altri medici

Digitized by Google

tutto riesce difficile. Pensate ai rappresentanti più benemeriti e più rispettabili della nostra classe, i medici di campagna, che esercitano in condizioni così ingrate, così difficili! Essi non possiedono tutti i mezzi di diagnosi raffinati di cui disponiamo noi; sono costretti spesso a rimanere attaccati alla medicina tradizionale, alla medicina che non dispone se non delle dita, delle orecchie, degli occhi e sopra tutto dell' esperienza. Quei medici, evidentemente, sono obbligati a impegnare la battaglia in condizioni molto meno favorevoli che altri loro colleghi.

Una seconda grave causa di errore è data dalla difficoltà, che spesso troviamo in clinica, di precisare le relazioni di cronologia reciproca che esistono fra le lesioni di organi diversi.

Dati più organi malati, quale di essi è stato colpito per primo? Quale delle lesioni è stata il punto di partenza delle altre? Ecco una questione che si presenta tutti i giorni in clinica, che noi potremmo risolvere se avessimo potuto osservare il paziente fin dal principio, se avessimo seguito l'evoluzione del processo morboso, ma che resta spesso molto oscura quando il malato ci viene dinanzi quando il processo è già avanzato, e le lesioni si sono aggrovigliate fra loro, così che riesce molto difficile stabilire la cronologia retrospettiva.

Ecco un esempio il quale mostra quante cose ignoriamo ancora. Dicevo dianzi che noi siamo in grado di fare la diagnosi quasi ideale della febbre tifoide, anche senza aver veduto l'infermo. Ma quanto sarebbe insufficiente questa diagnosi impersonale! Quando abbiamo fatto la diagnosi di febbre tifoide, non abbiamo fatto niente. Ci rimane da esaminare completamente il malato, da farci un'idea di quello che sarà questa febbre tifoide e del terreno sul quale essa si svilupperà, e anche quando avremo formulato questo giudizio medico, che già è una cosa delicata, rimarrà ancora una serie di dati che, per noi, attualmente, rimangono troppo spesso indeterminabili.

Ecco la confessione della nostra debolezza accanto all'apparenza della nostra forza.

Incognite.

Prendiamo un tifoso nel corso del secondo settenario della sua malattia. Il decorso è regolare, e tutto ci fa sperare nella guarigione. Ma vi è un elemento di prognosi che ci sfugge: il grado di profondità delle ulcerazioni intestinali. Queste ulcerazioni sono esse distruttive al punto da provocare una perforazione dell'intestino, il che significa la morte quasi sicura, o rimangono superficiali e capaci di guarire senza complicazioni? Noi l'ignoriamo, perchè siamo privi di mezzi clinici che ci permettano di valutare la gravità e la profondità delle ulcerazioni intestinali.

Del pari, sappiamo noi se, quasi guarito, questo tifoso non andrà soggetto a una ricaduta? sappiamo noi quale sarà la durata della malattia? Si suol dire che la febbre tifoide dura tre settimane; ma io ho veduto dei casi in cui, con le ricadute, la malattia durò oltre cento giorni, e quando comincia un'evoluzione di tal genere è impossibile prevedere quale ne sarà la durata.

Così pure, non possiamo prevedere se il nostro malato conserverà una vescicola biliare infetta e potrà divenire così uno di quei *portatori di bacilli*, tanto pericolosi per le persone che li avvicinano, e inoltre esposti a varie complicazioni tardive e tenaci. Tutte queste eventualità sono possibili, ci sono note in teoria, ma rimangono imprevedibili di fronte al caso specifico.

Lo stesso può dirsi per altri casi: per l'appendicite, che ogni giorno pone questo problema: una piccola crisi di appendicite, guarita, sarà seguita più tardi da una crisi più grave e forse mortale? Sappiamo che la cosa è possibile, ma non possiamo prevederla; ed è per questo che diamo per precauzione, in certo modo come premio di assicurazione, il consiglio dell'intervento chirurgico.

Le stesse cose possono ripetersi per la tubercolosi, nella quale non sempre ci troviamo in grado di prevedere le emottisi, le ricadute, gli accessi congestivi.

In questo modo, per ogni grande malattia organica, accanto a ciò che sappiamo, vi è un gran numero di punti di cui abbiamo la cognizione teorica, ma di cui non sempre possiamo fare l'applicazione personale diretta.

Reazioni nervose.

Ciò apparisce tanto più vero quando si considerino le reazioni nervose così frequenti nel corso delle malattie.

Prendiamo per esempio un malato che dobbiamo sottoporre a un'operazione chirurgica; ci accingiamo a cloroformizzarlo, e sappiamo che, per quanto la cosa sia molto improbabile, il soggetto sarà esposto, non appena comincerà a inalare il cloroformio, a una sincope mortale. E' un caso che si verifica rarissimamente, ma, in fondo, la cosa è sempre possibile, ed ecco un'alea terribile che noi conosciamo teoricamente, e di cui dobbiamo tener conto; ma, di fronte a un dato paziente, non possiamo prevedere come andranno le cose.

Le stesse cose possono ripetersi a proposito di un'altra reazione nervosa tanto terribile nelle sue conseguenze sociali: la crisi epilettica. Ecco un epilettico che va soggetto al suo primo

Digitized by Google

accesso; non sappiamo quale sarà il decorso della malattia, se le crisi saranno frequenti o rare, in quali condizioni di tempo e di luogo esse si produrranno.

La medesima difficoltà si presenta quando dobbiamo esprimere un giudizio su quel punto capitale della prognosi che viene chiamato lo « stato delle forze ». Ecco un malato che ha bisogno di un intervento chirurgico. Ha egli una resistenza vitale sufficiente, i suoi organi funzionano in maniera da rendere consigliabile l'operazione?

Un altro malato, di età alquanto avanzata, è colpito da pneumonia; potrà resistere fino all'esito favorevole dell'infezione? E non è per i casi di questo genere che rimane sempre vero l'aforisma ippocratico: *Non nimis tutae in acutis praedictiones*. Non conviene fare da profeti nelle malattie acute.

Tutti questi fatti particolari — e potrei citare molti altri esempi analoghi — ci mostrano come il giudizio medico sia sempre sommamente arduo, compromesso com'è da difficoltà di vario genere. E' un'equazione in cui entra una serie di incognite, di incognite che non sempre possiamo calcolare, perchè non dobbiamo dimenticare che se la formulazione della diagnosi è, per dir così, un'operazione materiale, avuto riguardo ai procedimenti che essa implica, il giudizio medico è di sua natura un atto intellettuale. Qui, per citare una frase di Montaigne, « è l'intelletto che vede e ode ». Ora, l'intelletto umano, in medicina come in ogni altra cosa, è sempre fallibile. Anche per i medici è vero che *errare humanum est*.

Le prescrizione terapeutica.

Rimane il terzo tempo dell'atto medico, il tempo terapeutico. Esso è senza dubbio quello che è stato più spesso e più acerbamente criticato. Non vorrei essere preso per un apologeta troppo entusiasta della nostra terapeutica moderna; ma mi sembra che molte delle critiche di una volta non abbiano più ragione di essere, e che oggi i nostri metodi terapeutici non abbiano niente a che fare con la moda o con la fantasia, e che siano guidati da alcuni criteri direttivi giustamente chiamati *indicazioni terapeutiche*.

Certo, non possiamo sempre attuare tutto quello che vorremmo fare, ma almeno lo scopo che ci proponiamo è sempre ragionato e definito, ed è già qualche cosa: è il mezzo per arrivare più tardi a realizzare le nostre ambizioni. Ogni giorno, in terapeutica, sono messe a nostra disposizione delle risorse nuove, e una certa cura, che sembrava ottima, può, dall'oggi al domani, essere rimessa in discussione. Non ho bisogno di ricordarvi un esempio che è troppo recente e troppo memorabile perchè possiate averlo dimenticato: l'esempio del « 606 », che ha sconvolto una terapeutica tradizionale e apparentemente ben consolidata, e d'improvviso ha rimesso in questione tutto. Lo stesso cambiamento a vista si è prodotto il giorno in cui nella medicina sono entrate le sieroterapie, in cui il siero di Roux e Yersin è venuto a combattere la difterite; lo stesso è avvenuto per la febbre tifoide e la sua cura mediante i bagni freddi.

Così dunque la nostra terapeutica si evolve continuamente; essa cambia talvolta da un giorno all'altro.

Si tratta di un rimprovero che conviene fare alla medicina e alla terapeutica? Per parte mia non lo credo. A mio avviso, una terapeutica che fosse immutabile e, per così dire, stereotipata, sarebbe una terapeutica morta, incapace di qualsiasi progresso. I nostri cambiamenti non hanno nulla a che fare con la moda, ma sono semplicemente la conseguenza della ricerca del meglio; e se un medico, uomo di spirito un po' scettico, diceva una volta: « Affrettatevi a prendere questo medicamento fino a che esso guarisca », io credo ch'egli avrebbe fatto meglio a dire: « Affrettatevi a prendere questo medicamento fino a che esso sembra il migliore ». In ogni caso particolare noi ci sforziamo di fare il meglio che possiamo, ma la nostra terapeutica non vale che per l'ora presente, essa non è intangibile, e forse domani ci regoleremo diversamente. Credo che non esista un medico il quale potrebbe impegnarsi a non modificare a breve scadenza la sua linea di condotta terapeutica, anche nei casi in cui essa gli sembra più sicura e più razionale. Venga un progresso nuovo, ed egli sarà costretto a mutare totalmente i suoi metodi di cura.

La cosa succede tanto più spesso oggi, mentre per effetto delle nostre ricerche attuali in fisiologia terapeutica, dei prodotti di sintesi che spuntano oggi giorno, la nostra terapeutica si trova, per dir così, in un perpetuo divenire. Grazie alla collaborazione del chimico, del fisiologo, del chimico, ogni giorno vediamo nascere sotto i nostri occhi dei metodi, o almeno degli agenti terapeutici nuovi. Stolto sarebbe colui che in anticipazione rinunciasse a tutte le conquiste della terapeutica futura. Con le serie medicamentose nuove, con la fisioterapia, si può dire che il dominio della terapeutica sia divenuto illimitato. Ma non bisogna dimenticare che in materia di cura è l'osservazione clinica quella che continua a essere il giudice supremo: è il medico, al letto del malato, che deve dire l'ultima parola e controllare tutti quei metodi; è lui, in una parola, quegli che decide sul valore dei progressi compiuti.

Digitized by Google

Per troppo tempo i medici sono stati sopra tutto dei ragionatori. Oggi essi devono essere, o divenire, degli uomini pratici.

Conclusione.

E' tempo di concludere e di vedere quali insegnamenti pratici possiamo dedurre da tutto quello che precede. Ebbene, è certo che in molte cose abbiamo compiuto dei progressi grandi ed evidenti. Certe diagnosi che una volta erano impossibili, sono divenute possibili; altre che erano difficili, sono divenute facili. Dal punto di vista terapeutico, le conquiste non sono state meno preziose, e in conseguenza, sotto ogni aspetto, le nostre probabilità di certezza medica si sono aumentate di molto, ma in misura diversa. Nella pratica si possono incontrare tutti i possibili casi di certezza o di incertezza; casi oscuri, ancora inaccessibili ai più perfezionati metodi di investigazione; casi in cui, invece, la nostra certezza è assoluta e ci sembra completa; casi in cui essa è soltanto relativa e di ordine pratico, nel senso che a queste parole dava Cabanis; casi, infine — e, a mio credere, sono i più frequenti — in cui essa è *parziale*, e deve tener conto, di fronte al caso concreto, di quello che sappiamo e di quello che ignoriamo, del fatto accertato e dell'interpretazione teorica o presuntiva, dei dati che si possono precisare e di quelli che, per il momento, rimangono indeterminabili.

E' per queste ragioni che la certezza medica non è di ordine matematico o assoluto; che essa comporta, secondo i casi, delle differenze e dei gradi, dato che noi ragioniamo molto più, per adoperare l'espressione di Pascal, con lo spirito di finezza che con lo spirito di geometria. Per le stesse ragioni dobbiamo, di volta in volta, tenere distinto ciò che sappiamo da ciò che supponiamo. I nostri progressi dipendono, insomma, da due condizioni: l'impiego di tutte le tecniche di cui possiamo disporre attualmente, e ciò rappresenta un dovere del medico; e d'altra parte la cura di non essere dei dottrinari, di non credere troppo facilmente che si è raggiunta la certezza.

Quanti errori commettono o si espongono a commettere quelli che si credono troppo sicuri delle cose!... Montaigne diceva che il dubbio è « un soffice guanciale per riposarvi la testa ». Si potrebbe dire che la certezza è anch'essa un guanciale assai soffice, e che l'uomo che si crede sicuro di una cosa non cerca più; crede di possedere la verità e ciò gli basta.

Questa certezza può essere illusoria, e molto spesso non è che parziale. Quello della certezza è un concetto che, in materia scientifica, si può chiamare pericoloso. E' pericoloso perchè paralizza il progresso, perchè arresta le ricerche, perchè si fonda sur un postulato che è quasi un postulato antiscientifico e che fa ammettere che, in un dato argomento, possediamo tutta la verità. Sarebbe questa una profonda e pericolosa illusione. Noi non possediamo mai, intorno a un dato soggetto, la verità intera. Se siamo bene informati, possiamo possedere tutta la verità *attuale*, ma la verità attuale non vale che per oggi, e questa nozione di relatività scientifica è una nozione fondamentale, perchè è una nozione feconda, una nozione che genera la ricerca; la nozione di certezza è, per contrario, una nozione sterile.

Dirò anzi che noi medici non soltanto non dobbiamo sempre aspirare a questa certezza, ma dobbiamo, occorrendo, saper non attenderla, perchè, ad attenderla, ci impegneremmo in un giuoco pericoloso assai.

La ricerca della certezza, perseguìta con un rigorismo eccessivo, potrebbe, sotto l'aspetto terapeutico e pratico, essere fonte di veri disastri. Spesso bisogna accontentarsi di determinazioni urgenti basate su semplici probabilità, e ciò è un effetto della complessità grandissima della nostra scienza, non meno che delle condizioni in cui la mettiamo in pratica.

Senza dubbio, dal punto di vista filosofico, in questa incertezza tanto frequente non vi è nulla che debba meravigliarci; ma noi non siamo filosofi, siamo soltanto dei medici, e, come tali, abbiamo il dovere di assistere e di guarire i malati. Questi avrebbero il diritto di ricordarci il vecchio aforisma: *Primum vivere, deinde philosophari...* Prima di tutto fateci vivere; discuterete di filosofia più tardi.

E' su questo terreno pratico che non abbiamo il diritto di prevalerci di un'incertezza che tanto spesso per noi è crudele. Quante esitazioni nella pratica, col loro corteo di responsabilità morali! Quale medico, quale chirurgo non ha conosciuto le ore nere, le ore di dubbio e di angoscia in un caso oscuro e urgente!

Non abbiamo che un mezzo per rendere scusabili queste crisi di incertezza: che esse siano per noi non un fattore di scoraggiamento, ma uno stimolante intellettuale e morale. Non dobbiamo dimenticare che, secondo la dottrina di Fouillée, certe idee sono delle *idee-forza*, cioè delle idee incitatrici di azione. Bisogna dunque che il dubbio diventi per noi un'idea-forza, un generatore di ricerche e di progressi futuri. Sarà certamente il miglior modo per farcelo perdonare.

Digitized by Google